618.2

Stanford University Library APR 5 1900

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Kiel.

Ein Beitrag zur Statistik, Prognose und Behandlung der Eklampsie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Ernst Ebinger,

approb. Arzt aus Demmin.

Kiel 1900.

Druck von H. Fiencke.

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Kiel.

Ein Beitrag zur Statistik, Prognose und Behandlung der Eklampsie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Ernst Ebinger,

approb. Arzt aus Demmin.

Kiel 1900.

Druck von H. Fiencke.

No. 54.

Rektoratsjahr 1900/1901.

Referent: Dr. **Werth.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Werth,**
z. Z. Decan.

Meinen Eltern

in Liebe und Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154807_0014

In einer Arbeit von A. Roman (Über die Prognose der Eklampsie, Diss. inaug., Kiel 1894) sind die Fälle von Eklampsie, welche in der Frauenklinik zu Kiel vom 1. I. 76 bis 1. VI. 94 beobachtet wurden, berichtet und ist versucht worden, aus dem vorgelegten Material Folgerungen für die Prognose der Eklampsie im Allgemeinen abzuleiten. An diese Arbeit soll sich die nachfolgende insofern anschliessen, als sie eine Übersicht über die vom 1. VI. 94 bis jetzt in der Klinik behandelten Fälle von Eklampsie geben soll, gleichfalls unter besonderer Berücksichtigung der Todesursachen und des späteren Befindens der Überlebenden in derselben Weise, wie dies in der Roman'schen Arbeit geschehen ist.

Ausserdem soll aber eine Frage der Therapie, nämlich die von G. Veit inaugurierte Behandlung mit grossen Morphium-Dosen an der Hand der hier gemachten Erfahrungen erörtert werden.

Übersicht der betreffenden Fälle:

1. Fall (J.-N. 15939).

Elise R., Schiffszimmermannsfrau, aus Ellerbeck, 30 Jahre alt, IV p. Aufnahme: 7. VI. 94. Entbindung: 7. VI. 94. Als Wöchnerin wegen Eklampsie aufgenommen.

7. VI. 1 h. Normale Geburt und Nachgeburtsperiode; Kind lebt.

7 h. 1. eklampt. Anfall.

8 h. 2. „ „

10 h. 3. „ „

Von 10 h—14½ h zahlreiche Anfälle mit kurzen Zwischenräumen. — Ther.: Morph.

16 h. Aufnahme in die Klinik.

Aussehen ikterisch. Schon seit längerer Zeit Klagen über Schmerzen in Leber- und Magengegend; die ikterische Verfärbung datiert jedoch erst seit dem Tage der Niederkunft. Tiefes Coma; stertoröse Atmung. T. 39,1. P. 100.

16^{15} h. 1. eklampt. Anfall in der Klin.; Dauer 1 Min. 0,03 Morph.

17^{15} h. 2. eklampt. Anfall in der Klin.; Dauer $^3/_4$ Min.; P. 150.

Urin:

Menge 550 ccm. Fast das ganze Vol. E. (=Eiweiss) (Kochprobe!); starker Gehalt an Blut, Urobilin, Hämoglobin. Mikrosk.: Verfett. Epithelien, granulierte Cylinder, rote Blutkörperchen.

$22^1/_2$ h. Salzwasserklystier ($^1/_2$ l). Pat. kommt zu Bewusstsein, grosse Unruhe, Rückerinnerung fehlt.

8. VI. Wohlbefinden; Ikterus noch vorhanden, desgl. die fehlende Rückerinnerung an die Geburt. E. im Urin: $^1/_6$ des Vol.

19. VI. Als gebessert entlassen; wieder bestellt auf

4. VII. Klagen über Rückenschmerzen; kurz nach der Entlassung Schwindel und Sausen im Kopf. Urin dunkelgelb, reichlich, E = $^1/_5$ Vol. Urinmenge: 7. VI. 550 ccm; 8.—14. VI. Durchschn. 1500 ccm; später successive reichlicher, bis zur normalen Menge.

Späteres Befinden: Status vom 5. VII. 1900 (in der Klinik untersucht):

Vorhandensein von Bleichsucht, Rückenschmerzen, Kopfschmerz (gürtelförmig), Schwindelanfällen, Gedächtnisschwäche, Flimmern vor den Augen, grösserer Schwäche. Menses viel geringer als früher, regelmässig. Urin bis 14 Tage nach der Entlassung noch nicht normal, augenblicklich kein E., kein Sedim. Das damals geborene Kind gesund. Keine weiteren Schwangerschaften und Entbindungen.

2. Fall (J.-N. 15667).

Ida G., 21 J., I p., Arbeitersfrau, Kiel. Aufnahme: 21. VI. 94. Entbindung: 20. VI. 94. Entlassung: 2. VII. 94.

In den ersten 8 Schwangerschaftswochen einige Krampfanfälle, in letzter Zeit einige Ohnmachten. — Post partum wegen Eklampsie aufgenommen.

19. VI. Wehenbeginn.

20. VI. Anamn.: In den ersten 2 Monaten der jetzigen Schwangerschaft — Oktober und November — 4 beobachtete Krampfanfälle. Seit Ende Nov. kein Anfall mehr. In der letzten Zeit der jetzigen Schwangerschaft einige Ohnmachtsanfälle. Seit 2 Tagen Füsse etwas geschwollen.

20. VI. 19 h. Spontaner Blasensprung.

19^{15} h. 1. eklampt. Anfall.

19^{30} h. 2. „ „

19^{45} h. 3. „ „ Morphium-Pulver.

20^{30} h. Normale Geburt unter grosser Unruhe der Kreissenden; Kind lebt (Knabe).

20^{45} h. 4. eklampt. Anfall. Pupillen weit, starke Cyanose. Respiration wenig stertorös. Dauer $1^1/_2$ Min. P. 140, weich, voll. Morph. 0,03.

21^{15} h. Expression der Placenta nach Credé.

22^{30} h. 5. eklampt. Anfall.

22^{45} h. 6. „ „ Dauer $^1/_2$ Min.

22^{55} h. 7. „ „ „ 2 Min.; $^1/_2$ Spritze Morph.; darauf ruhiger Schlaf, bis

21. VI. 1^{20} h. 8. eklampt. Anfall.

5^{30} h. 9. „ „

6^{50} h. 10. „ „

$8^1/_4$ h. Aufnahme in die Klinik. — Wegen grosser Unruhe Morph., und zwar bis 22. VI. 10 h. 0,07 Morph.

22. VI. Erinnerungsvermögen geschwunden; Bewusstsein noch nicht völlig klar. Doch Pat. bedeutend ruhiger; keine Schmerzen.

Urin:

21. VI. Menge 580 ccm; $^1/_2$ Vol. E. Mikr.: Cylinder, verfett. Epithelien, freie Fettkörperchen, keine roten Blutkörperchen.

22. VI. Menge 1160 ccm; $^1/_3$ Vol. E. Urobilin nachweisbar.

23. VI.—2. VII. Menge durchschn. 1400—1500 ccm; E. successive geringer, bei der Entlassung kein E.; Sediment verschwindet.

2. VII. Pat. als geheilt entlassen.

Späteres Befinden: Status vom 5. VII. 1900 (mittelst Fragebogen):

Vorhandensein von Kopfschmerz (Stirn), Schwindel, geringer Gedächtnissschwäche. Urin klar. Das damals geborene Kind gesund. 2 weitere normale Entbindungen, Sommer 1896 Mädchen, gesund; Sommer 1898 Knabe, gesund.

3. Fall (J.-N. 15760).

Marie L., 25 J., 1 p., Arbeitersfrau, Kiel. Kreissend aufgenommen. Aufnahme 6. VIII. 94. Entbindung 7. VIII. Entlassen 18. VIII. 94. Eklampsie.

6. VIII. 18 h. 1. eklampt. Anfall.

Darauf Aufnahme in die Klinik. — Bewusstsein klar; Extremitäten stark geschwollen. Urinmenge 70 ccm, trübe.

20^{30} h. 2. eklampt. Anfall; Dauer 2 Min. Starke Cyanose, starkes Röcheln; Pupillen starr; dann langsame Wiederkehr des Bewusstseins; Morph. 0,03.

22^{15} h. 3. eklampt. Anfall; Dauer 2 Min. Auswischen des Mundes mit Chloral; 0,0225 Morph. subcut.

23^{25} h. 4 eklampt. Anfall; Dauer 2 Min. Erbrechen, starkes Herzklopfen; nach $^3/_4$ St. schlägt Pat. die Augen auf, ohne klar zu Bewusstsein zu kommen. Ausspülen des Mundes mit Chloral. Vorziehen des Unterkiefers, um die Atmung zu ermöglichen.

7. VIII. 24^{35} h. 5. eklampt. Anfall; Dauer 55 Sec., 0,0225 Morph.

1^{55} h. 6. eklampt. Anfall; Dauer $1^1/_2$ Min.

3^{40} h. 7. „ „ „ $1^1/_2$ „

Allmähliche, nicht völlige Rückkehr des Bewusstseins.

$8^3/_4$ h. Normale Geburt eines asphyktischen Knaben.

$9^1/_2$ h. Geburt der Nachgeburt nach Credé.

Exitus des Kindes (8. VIII. 1^{30} h.) trotz energischer Behandlung (Hautreize, warmes Bad, kalte Übergiessungen, Watte-Einpackung, Wärmeflaschen, Campher, Cognac-, Kochsalz-Klystier) unter tonischen Krämpfen.

8. VIII. Wöchnerin: Starkes Röcheln, Bewusstsein noch nicht völlig klar.

Urin:

7. VIII. Fast das ganze Vol. E. Mikr.: Cylinder, verfett. Epithelien, wenige weisse und rote Blutkörperchen.

8.—9. VIII. Menge 2400 ccm; 1/6 Vol. E.

10.—17. VIII. Menge sehr wechselnd; E. und Sediment verschwinden bis auf Spuren.

18. VIII. Pat als gebessert entlassen. — Wieder vorgestellt am

28. IX. Nephritis post eklampsiam. Seit der Entlassung sehr schlechtes Gedächtniss und hochgradige Vergesslichkeit. Stets anfallsweise auftretende Schmerzen in der rechten Seite, die nach der Brust hinauf ausstrahlen. Druckempfindlichkeit in der Nabelgegend; keine Resistenzen im Abdomen. Urin enthält E.

Section des Kindes:

Ecchymosen in Pleura und Perikard. Blutungen in die Mitralis. Beide Herzhöhlen sehr weit. Hyperämie der Leber, Milz, Nieren. Blutung ins Schädelinnere, in Wirbelkanal, Ventrikel, Ösophagus. Grade Verknöcherungsgrenze.

Späteres Befinden: Status von Anfang Juli 1900 (mittelst Fragebogen):

• Vorhandensein von Husten, Auswurf. Keine weiteren Schwangerschaften und Entbindungen.

4. Fall (J.-N. 15914).

Magdalene K., 26 J., I p., Müllersfrau, Neustadt i. H. Aufnahme 15. XI. 94. Entbindung 18. XI.

Leidet an Nephritis: 1 1/4 % E., reichlich Cylinder. Starkes Ödem der grossen Labien und unteren Extremitäten. Kein Kopfschmerz.

11. XI. Auftreten von starkem Kopfschmerz, Schwindel. Bewusstlosigkeit, Sehstörungen.

Wegen Verschlimmerung in den folgenden Tagen

15. XI. 21 1/2 h. Aufnahme in die Klinik. Dunkelbrauner Urin, im ganzen Vol. E.-haltig. Ther.: 1 g Phenacetin; die geschwollenen Labien werden mit 1% Borwasser-Tüchern bedeckt.

16. XI. 9 h. Einleitung der künstl. Frühgeburt mittelst Bougie in Chloroformnarkose.

Dann Milchdiät; ferner guter Schlaf bis Pat.

17. XI. 4½ h erwacht mit Schwindel; darauf 1. eklampt. Anfall; Dauer 1¹/₁ Min.; mässige Cyanose und Röcheln; 0,03 Morph.

Nachm. Herausnahme des Bougies. Starke Anschwellung des linken Beines und der Bauchdecken. Urin 680 ccm, ½ Vol. E.

18. XI. 12 h. Geburt eines tief asphyktischen Knaben; Wiederbelebungsversuche (warmes Bad, kalte Übergiessungen) mit Erfolg. — Atonische Nachblutung des Uterus (durch heisse Douchen beseitigt).

12½ h. Geburt der Plac. nach Credé.

19.—28. XI. Kind erholt sich völlig. Wöchnerin: Ödeme verschwinden.

28. XI. Entlassung; Systolisches Geräusch an der Herzspitze, Herztöne verstärkt. Im Urin Epithelien.

Urin:

15. XI. Menge 180 ccm. E. das ganze Vol. Mikr.: verfett. Epithelien.

16. XI. u. ff. Tage. Menge steigt allmählich, hält sich dann auf ca. 1500 ccm. E. verschwindet bis auf Spuren.

Späteres Befinden: Status vom 6. VI. 1900 (mittelst Fragebogen):

Zeitweise Kopf- und Magenschmerzen, doch z. Theil schon als Mädchen; etwas Schwindel nach der 3. Entbindung. Das in der Frauen-Klinik geborene Kind (Knabe) gesund. 2 weitere normale Entbindungen ohne Krämpfe, Sommer 1897, Knabe, nach der Geburt an Mundkrämpfen gelitten, sonst gesund; Sommer 1898, Knabe, gesund. Nach der Entbindung in der Frauen-Klinik noch 3 Wochen zu Bett, dann allmähliche Erholung.

5. Fall (J.-N. 15987).

Fr. M., 19 J., I. p., Rechtsanwaltsfrau, Eckernförde. Nephritis graviditatis, Eklampsie, künstl. Frühgeburt, Kind vor der Geburt †. Aufnahme 31. XII. 94. Entbindung 4. I. 95. Entlassung 3. II. 95.

In den letzten Wochen geringe Kopf- und Rückenschmerzen, etwas Husten, 1 × Erbrechen.

Am 27. XII. stärkere Kopfschmerzen, dann 1. eklampt. Anfall; Pilocarpin und Kal. acet.; Bewusstsein bald wiedergekehrt.

30. XII. Nachm. 2. eklampt. Anfall.

Harnmenge in den letzten Tagen ca. 800 ccm, E. = ½ Vol. Starke Cyanose. Sensorium frei. Zunge geringe Bissstellen. Keine Ödeme.

31. XII. 4 h. 3. eklampt. Anfall.

15 h. Aufnahme in die Klinik.

16 h. Einlegen eines Bougies, Chloroformnarkose.

3. I. Bougie entfernt. Heftige Schmerzen in der Lebergegend; 0,01 Morph. Dann Schlaf; darauf 2 mal Erbrechen. Schmerzen geringer.

4 I. Abds. Geburt eines frühreifen, abgestorbenen Mädchens (Herztöne seit 2 Tagen nicht mehr nachweisbar).

5. I. 12¼ h. Geburt der Nachgeburt.

Die Beschwerden gehen zurück, sodass Pat. am 3. II. als gesund entlassen wird.

Urin:

31. XII. Menge 150 ccm (p. cath.). E. = ½ Vol. Mikr.: Viele Cylinder, verfett. Epithelien, Leucocyten; keine roten Blutkörperchen.

1. I. u. ff. Tage: Menge ca. 1000 ccm. E. und Sediment verschwinden.

Späteres Befinden: Status vom 5. VII. 1900 (mittelst Fragebogen):

Neigung zu Kopfschmerzen. Urin etwas vermehrt, frei von E. 2 weitere normale Schwangerschaften u. Geburten, Kinder gesund. Befindet sich augenblicklich im 8. Monat der Schwangerschaft.

6. Fall (J.-N. 16007).

Ida H., 21 J., I p., Arbeiterfrau, Gaarden. Eklampsie, Dührssen'sche Incisionen, Axenzugzange. Aufnahme: 10. I. 95. Entbindung: 10. I. Entlassen: 26. I. 95.

10. I. Seit einigen Tagen geringe Schwellung der

Hände und des Gesichts; seit Morgens geringe Kopfschmerzen. (Von $12^1/_2$ h—$14^1/_2$ h 7 eklampt. Anfälle; der 8. beim Transport in die Klinik. Nach dem 2. und 4. Anfall Morph. (Dos. unbekannt), die übrigen werden durch Chloroform zu coupieren versucht.

14^{50} h. 9. eklampt. Anfall (in der Klinik); Dauer: 55 Sec. Starke Cyanose, stockende und röchelnde Atmung 5—10 Min). P. frequent, gespannt. Urin (p. cath.) 15 ccm $^2/_3$ Vol. E. Morph. 0,03.

15^{17} h. 10. eklampt. Anfall; Dauer 50 Sec.

16^3 h. 11. „ „ 65 „ 0,02 Morph.

16^{35} h. 12. „ „ 70 „

17 h. 13. „ „ 65 „

17^{30} h. Kindl. Herztöne verlangsamt; Einleitung tiefer Chloroformnarkose und der Geburt, Dührssen'sche Cervix-Incisionen.

17^{45} h. Mittelst Simpson'scher Axenzugzange Geburt eines tief asphyktischen Knaben; Tod desselben bald nach der Geburt trotz heissem Bade und Schulze'scher Schwingungen.

18^{45} h. Normale Geburt der Nachgeburt.

23^{30} h. Nach der Geburt zunächst tiefe Somnolenz, dann allmählich zunehmende Unruhe. T. 38,1.

11. I. 1^{55} h. 14. eklampt. Anfall; Dauer 75 Sec.

2^{30} h. 15. eklampt. Anfall; Dauer 65 Sec.; Urin (p.cath.) 650 ccm, $^1/_3$ Vol. E., 0,025 Morph.

3^{10} h. 16. eklampt. Anfall; Dauer 70 Sec. T. 38,6. Leichte Chloroformnarkose.

3^{55} h. 17. eklampt. Anfall; Urin (p. cath.) 230 ccm, $^1/_3$ Vol. E.

5^{35} h. 18. eklampt. Anfall; Dauer 1 Min. Röchelnde Atmung; Tiefhängen des Kopfes.

Nun Abwechslung von tiefer Somnolenz und grosser Unruhe.

10^{30} h. Kath. Urin 620 ccm, $^1/_3$ Vol. E. T. 38,1.

Mittags starkes Schwitzen; Einführen von Milch. P. 140—150. Urin lässt Pat. unter sich.

12. I. Stat. id. Coma und Unruhe.

13. I. u. ff. Tage. Bewusstsein kehrt allmählich zurück.

19. I. 19. eklampt. Anfall; darauf etwas Kopfschmerz. Doch schon vom 20. I. ab wieder völliges Wohlbefinden.

26. I. Als geheilt entlassen. Wiedervorstellungen:

7. III. Zeitweise stechende Schmerzen im Hinterkopf. Urin ohne E.

2. IV. Kopf- und Rückenschmerzen; seit 14 Tagen Stiche in der Brust (beim Atemholen): Stuhlgang auf Ol. Ric.; Urin ohne E.; guter Schlaf; keine geistigen Störungen.

Urin:

10. I. Menge 15 ccm (p. cath.), $^1/_3$ Vol. E.

11. I. Menge 1600 ccm; Cylinder, Epithelien, harnsaure Krystalle, wenig rote und weisse Blutkörperchen.

12. I. und ff. Tage: Menge sehr schwankend (1700—2000 ccm), E. verschwindet bis auf Spuren, desgl. Sediment.

Section des Kindes: Grosses Hämatom unter der Galea, intrameningeales Hämatom rechts, Blutergüsse an Schädelbasis und in Ventrikel. Retropharyngeal-Hämatom. Hyperämie von Leber und Nieren, Bluterguss ins Nierenbecken. Petechien auf Pleura.

Späteres Befinden: Status vom 5. VII. 1900 (in der Klinik untersucht).

Reizbarer als früher. Rückenschmerzen, Bleichsucht, Herzklopfen, Atemnot. Ödeme bei allen folgendenSchwangerschaften vorhanden, besonders stark vor der Geburt selbst. Starker Kopfschmerz (Hinterkopf), Schwindel. Verstopfung (schon früher). Gedächtnisschwäche. Sehschärfe sehr herabgesetzt (Flimmern, Punkte-Sehen, stärkere Blendung u. a.), desgl. Gehör. Zuckungen in Augenlidern, Fingern, Arm etc. Urin bald klar, bald braun mit Sediment (in letzter Zeit nur geringes Sedim.); augenblicklich Spur E., spärlich Cylinder und verfett. Epithelien. Stets starker Ausfluss aus den Genitalien, auch ausser der Regel (Endometritis?) Vor der 1. — damals mit Eklampsie complicierten — Entbindung vielleicht Abort (?) (7—8 Wochen). 24. II. 96. 2. Entbind: Urin für Eklampsie charakteristisch (E., Sedim. etc.), Anschwellungen, keine Krämpfe; Kind (Mädchen) gesund. 27. III. 97. 3. Entbindung: Ödeme in der Rückengegend (?),

keine Krämpfe; Kind (Mädchen) litt viel an Krämpfen und starb nach $^3/_4$ Jahren daran. August 97: Abort (8 Wochen). Sommer 1898 Abort ($4^1/_2$ Monat), Arzt behauptet: drohende Eklampsie! 18. VIII. 99 4. Entbindung: Sehr starke Anschwellungen; Urin grüne Farbe; Kind (Mädchen) gesund. 12. V. 00: Abort (3 Mon.)

7. Fall (J.-N. 16147).

Carolina H., 26 J., I p., Schneiderin, Gaarden. Eklampsie. Aufnahme 27. III. 95. Entlassung 7. IV. 95. Als Wöchnerin mit Eklampsie aufgenommen.

26. III. $20^1/_2$ h. Spontane Entbindung.

$23^1/_2$ h. 1. eklampt. Anfall.

27. III. $2^1/_2$ h. 2. eklampt. Anfall.

Vorm. 5 weitere Anfälle.

Ther.: 3 Morph.-Klystiere. Urin gering, dunkelbraun.

$15^1/_4$ h. Aufnahme in die Klinik; ohne Bewusstsein, grosse Unruhe. Urin (p. cath.) 100 ccm, bierbraun, $^2/_5$ Vol. E.

$17^1/_2$ h. 8. eklampt. Anfall; Dauer 1 Min.; 0,015 Morph.

28.III. Allmähliche Rückkehr des Bewusstseins; Milchdiät.

7. IV. Als geheilt entlassen.

Urin:

Menge ca. 1000 ccm; E. verschwindet schnell, kein Sediment.

Späteres Befinden: Status vom 5. VII. 1900 (mittelst Fragebogen):

Das in der Frauen-Klinik geborene Kind war kränklich und starb nach $^1/_2$ Jahr an Krämpfen. 2 weitere normale Entbindungen: Kinder gesund.

8. Fall (J.-N. 16209).

Dorothea L., 30 J., I p., Schiffszimmermannsfrau, Ellerbeck. Aufnahme 3. V.95. Entlassen 11. V. 95. Eklampsia post partum.

25. IV. Spontane Geburt von Zwillingen; gleich darauf 12—14 eklampt. Anfälle in 1 stündigen Pausen. Am 26. Morg. Bewusstlosigkeit, unzählbarer Puls. Urinsecretion unterdrückt bis 26. Abends, gerinnt beim Kochen völlig. Darauf langsame Besserung, rasche Abnahme des E., Sen-

sorium freier. Nacht vom 2.—3. V. Pat. wieder verwirrt, lässt Urin unter sich; 0,015 Morph. subcut.

3. V. Aufnahme in die Klinik, Pat. noch etwas verwirrt, Urin spontan gelassen. P. 76.

4. V. und ff. Tage. Befinden bessert sich rasch.

Menge 1500—2000 ccm, Spur E.

Urin:

11. V. Gesund entlassen.

Späteres Befinden: Status vom 5. VII. 1900 (in der Klinik untersucht):

Gedächtnisschwäche. Urin kein E., kein Sedim. Das in der Frauenklinik geborene Kind gesund. Keine weiteren Schwangerschaften und Entbindungen.

9. Fall (J.-N. 16459).

Auguste B., 22 J., I p., Malersfrau, Wellingdorf. Aufnahme 28. VIII. 95. Eklampsie; Schwangerschaft im 8. Monat. Entlasssen 5. IX. 95.

Seit dem 18. Jahre zuweilen plötzlich auftretende Krampfanfälle mit Bewusstlosigkeit. In der Schwangerschaft Kopfschmerz, Übelsein, Appetitmangel. Am 27. Abends starke Kopfschmerzen; darauf 1. eklampt. Anfall, Dauer einige Minuten, Bewusstlosigkeit.

Bis 28. Abends 5 weitere Anfälle.

Auf der Fahrt zur Klinik 7. eklampt. Anfall. Kein Morph., kein Chloral.

28. VIII. 23h. Aufnahme in die Klinik, Schwangere bewusstlos, sehr unruhig. P. 96.

Morph. 0,03. Darauf ruhiger Schlaf.

29. VIII. 9h. Nachts guter Schlaf. Pat. bei Bewusstsein; kein Kopfschmerz. Spontan 50 ccm trüben Urins entleert, beim Kochen völlige Erstarrung.

Urin:

29. VIII. Menge 260 ccm.

30. VIII. „ 410 ccm. Mikr.: Cylinder, Epithelien, keine rothen Blutkörperchen. ½ Vol. E.

31. VIII. und ff. Tage: Menge 1000—1500 ccm. E. verschwindet bis auf Spuren, desgl. Sediment.

5. IX. Auf Wunsch entlassen.

Späteres Befinden, Status vom 2. VII. 1900 (in der Klinik untersucht):

Rückenschmerzen. Kopfschmerzen (Scheitel), nach der Entlassung aus der Klinik sehr stark, später etwas geringer. Gedächtnisschwäche, nach jeder Entbindung stärker hervortretend. 2. Entbind.: Zange, Bissstellen auf der Zunge. 3. Entbind.: Abort. 4. Entbind.: Febr. 1900, Ödeme. Bei sämtlichen Entbindungen Krampfanfälle und Chloroformnarkose! Urin klar, kein E., kein Sedim.

10. Fall (J.-N. 16504).

Mathilde S., 19½ J., I p., Dienstmädchen, Tensfeld b. Segeberg i. H. Eklampsie intra partum; Forceps. Aufnahme 21. IX. 95. Entbindung 21. IX. Entlassung 2. X. 95. Kreissend aufgenommen.

21. IX. 4 h. Aufnahme in die Klinik.

11 h. Einführung eines Colpeurynters. Urin spontan gelassen, dunkelbraun; E. fast das ganze Vol. Keine Ödeme.

16^{10} h. 1. eklampt. Anfall, Dauer 1½ Min., starke Cyanose. P. 150, gespannt. 0,03 Morph.

16^{20} h. 2. eklampt. Anfall, Dauer 1 Min.

16^{45} h. 3. „ „ „ 3 „ 0,02 Morph.

17^{40} h. 4. „ „ „ 2 „

18 h. Nach Dührssen'schen Incisionen in Chloroformnarkose und Anlegen der Zange. Geburt eines tief asphyktischen Mädchens; Wiederbelebungsversuche mit Erfolg.

19 h. Expression der Nachgeburt mittelst Credé.

Am 2. Wochenbettstage 2 weitere Anfälle.

Am 2. X. als gesund entlassen.

Späteres Befinden, Status vom 5. VII. 1900 (mittelst Fragebogen):

Kopfschmerz (Stirn), Gedächtnisschwäche, Rückenschmerzen. Urin klar, kein E., kein Sedim. Das damals geborene Kind gesund. Keine weiteren Schwangerschaften.

11. Fall (J.-N. 16727).

Anna B., 31 J., I p., Malersfrau, Möltenort. Eklampsie, Nephritis gravidarum, Partus extra Klin. Aufnahme 12. I. 96. Entlassen 25. I. 96.

Gegen Ende 1895 stets zunehmende Zerstreutheit der Frau, plötzliches Auftreten heftiger Kopfschmerzen, Ohnmachtsanwandlungen. Anfang Januar Anschwellung der Beine.

12. I. $8^1/_4$ h. 1. eklampt. Anfall.

$8^1/_2$ h. 2. eklampt. Anfall, 0,01 Morph.

$9^3/_4$ h. 3. „ „ Dauer $^1/_2$ Min., 0,025 Morph. Wegen des schlechten Pulses 1 Spritze Campher.

10 h. Aufnahme in die Klinik.

12 h. Urin (p. cath.) 130 ccm.

20^{40} h. 4. eklampt. Anfall, Morph. 0,015.

21^{10} h. 5. „ „

21^{20} h. 6. „ „ „ 0,025.

13. I. 24^{30} h. Venaesectio beiderseits (330 ccm Blut).

9 h. Urin spontan 150 ccm, Gesamtmenge in 24 St. 350 ccm. Klagen über Durst und üblen Geschmack im Munde. Zunge dick geschwollen, stark belegt, Foetor ex ore. P. regelmässig, 80 in der Min., weich und voll. Bewusstsein klar; Gedächtnisdefect. Kopfschmerz Kindl. Herztöne hörbar. Der Zustand bessert sich erheblich.

26. I. Entlassung aus der Klinik.

28. I. Normale Geburt ohne Wiederkehr der eklampt. Anfälle.

Späteres Befinden, Status vom 2. VII. 1900 (in der Klinik untersucht):

Reizbarer als früher, starke Gedächtnisschwäche. Bleichsucht (schon früher). Urin klar, ohne E., ohne Sedim. 14 Tage nach Verlassen der Klinik Geburt eines frühreifen, toten Knaben. Sommer 1897 Geburt von toten Zwillingen (Mädchen), Sommer 1898 Geburt eines noch lebenden gesunden Knaben. Verlauf beider Schwangerschaften und Entbindungen normal, ohne Krämpfe.

12. Fall (J.-N. 17017).

Doris J., 27 J., I p., Dienstmädchen, Kiel. Eklampsie, Schrumpfniere. Aufnahme 6. V. 96. Unentbunden †.

Schon seit einiger Zeit Krampfanfälle.

6. V. Erneuter Krampfanfall und Überführung in die Klinik.

6. V. 14 h. Bewusstsein erloschen. Gesicht cyanotisch. Pupillen mittelweit, reactionslos. Cornealreflex erhalten. T. 38,2. P. 106. Urin erstarrt beim Kochen.

17 h. Eklampt. Anfall, Dauer 2 Min. P. 124. 0,03 Morph.

7. V. 12 h. Atmung stockend, P. 130. Coma tief. Cornealreflex erloschen. P. hält sich bis kurz vor dem Exit. let. (17 h).

Sectionsbefund:

Atrophie der linken Niere, Hypertrophie des linken Herzens, pneumonische Infiltrationen, Zerfallsherde der Leber, schwang. Uterus.

13. Fall (J.-N. 17229).

Marie B., 20 J., I p., Näherin, Kiel. Eklampsia post partum. Aufnahme 19. VII. 96. Entbindung 18. VII. 96. Entlassen 5. VIII. 96. Keine Ödeme. Urin $^1/_8$ % E.

18. VII. 14^{30} h. Leichte normale Geburt.

17 h. Ohne vorherige Klagen plötzlich 1. eklampt. Anfall.

Bis 24 h noch 3 weitere Anfälle.

Bewusstsein während der Krämpfe geschwunden, in den Pausen erhalten.

19. VII. Nach Morph.-Gabe bis 4 h Schlaf, dann 5. eklampt. Anfall, dem bis 6 h 6 weitere folgten (Chloroformnarkose).

11 h. Morph., Urin p. cath.

14 h. Einlieferung in die Klinik; Pat. somnolent. P. 96. T. 36,9. In den nächsten Stunden ruhiger Schlaf.

17 h. Nach kurzem Erwachen Sensorium bedeutend freier, doch grosse Unruhe.

20. VII. Nachts ruhiger Schlaf, am Morgen Sensorium fast völlig frei.

5. VIII. Pat. als gesund entlassen.

Späteres Befinden, Status von Anfang Juli 1900 (mittelst Fragebogen):

Kopfschmerzen, Schwindel. Das in der Frauen-Klinik geborene Kind gesund. Keine weiteren Schwangerschaften.

14. Fall (J.-N. 17261).

Fr. M., 20 J., I p., Schriftsetzersfrau, Kiel. Eklampsie,

Forceps. Aufnahme 11. VIII. 96. Entbind. 12. VIII. Entlass. 22. VIII. 96.

Im Urin viel E., verfett. Harncylinder, Epithelien, vereinzelte Blutkörperchen.

11. VIII. $22^1/_2$ h. Aufnahme in die Klinik wegen Eklampsie. Stets gesund, seit 4 Wochen Klagen über Kopfschmerzen und Anschwellung der Füsse, seit 14 Tagen auch des Gesichts. In der Nacht vom 10. zum 11. schmerzhafte Wehen und sehr unruhiges Verhalten der Kranken. Abends 10 Uhr ohne weitere Vorboten 1. eklampt. Anfall.

Bei der Aufnahme Gesicht cyanotisch; leichtes Ödem des Gesichts und der unteren Extremitäten. P. 120, gespannt. Haut sehr trocken. Pat. sehr aufgeregt, Sensorium nicht völlig frei, Klagen über Kopfschmerzen. Sehstörungen, Pupillen weit, reagieren sehr träge auf Lichteinfall, Fixation aufgehoben. Ther. 0,03 Morph. Darauf Pat. ruhiger; nach $^1/_2$ St. wieder starke Unruhe, Sensorium weniger frei, wiederholtes Erbrechen schleimiger Massen (Morphium?).

Urinmenge Nacht (11.—12.) 40 ccm, 12. Morgens 80 ccm. Nochmalige Gabe von 0,02 Morph, gute Wirkung. Urin (p. cath.) blutig, erstarrt beim Kochen fast völlig.

12. VIII. 1^{20} h. 2. eklampt. Anfall, Dauer 2—3 Min., Chloroformnarkose.

2 h. Mittelst Zange Extraction eines tief asphyktischen Kindes. Erst bei längerer Fortsetzung von Herzmassage allmähliches Einsetzen von Atembewegungen und erst 25 Min. post part. kräftiges Schreien auf Hautreize (Morphiumwirkung!).

Verlauf der Nachgeburt normal.

8 h. 3. eklampt. Anfall, nachdem Pat. kurz vorher vorübergehend erwacht war.

14 h. Pat. erwacht, Sensorium freier. Darauf Vollbad und Diaphorese mit nachfolgender Abreibung, wobei Pat. sehr unruhig. Dann ziemlich ruhiger Schlaf. Darauf Sensor. bedeutend freier, Fixation des Blickes, Verlangen nach Milch.

17^{45} h. 4. eklampt. Anfall. P. 144. 0,02 Morph.

Bis Mitternacht ziemlich ruhiger Schlaf.

13. VIII. 1^{30} h. 5. (starker) eklampt. Anfall, innerhalb $^1/_2$ St. 3 weitere Anfälle, nach dem 2. Morph. 0,02.

Darauf Pat. empfindungslos, Atmung stertorös, Inspiration schnappend, über den Lungen deutliches Rasseln. P. 180. Vornahme künstlicher Atmung. Nach $^3/_4$ St. Besserung der Respiration. Bad mit nachfolgendem Schwitzen.

15 h. Ruhiger Schlaf, Puls 132.

14. VIII. 8 h. Pat. erwacht, Sensorium bedeutend freier, Flimmern vor den Augen, lebhaftes Verlangen nach Milch. Sehr starkes Ödem der Zunge bewirkt lallende Sprache.

15. VIII. Nach guter Nachtruhe Sensorium viel freier. Ödem im Gesicht geringer.

Folg. Tage bis zur Entlassung: Völliges Freiwerden des Sensoriums, schnell vorübergehende Pleuritis, Verschwinden des E. im Harn bis auf Spuren.

Brief des Mannes vom 1. IV. 98: Chron. Nephritis zurückgeblieben. Bei der 2. Entbindung (31. III. 98) sehr unruhiges Verhalten und Klagen über heftige Wehenschmerzen bei der Pat., doch keine Rückkehr der Eklampsie!

Späteres Befinden, Status vom 5. VII. 1900 (in der Klinik untersucht):

Atemnot, Bleichsucht, Herzklopfen, Rückenschmerzen. Kopfschmerzen mit Flimmern vor den Augen. Anschwellungen (?): Pat. ist viel stärker geworden, besonders am Unterleib. Urin klar, häufigeres Urinlassen, Spur E., kein Sedim. 2 weitere Entbindungen. Die erste mit zeitweiliger Bewusstlosigkeit und starrem Blick (!); die zweite normal. Kinder (2 Mädchen) augenblicklich Rachitis, sonst gesund.

15. Fall (J.-N. 17300.

Dora K., 34 J., I p., Reepschlägersfrau, Kiel. Eklampsia in puerperio. Aufnahme: 29. VIII. 96. Entbind.: 28. VIII. Exit. let. 30. VIII. 96.

29 VIII. 12^{45} h. 1. eklampt. Anfall (vor dem Transport); 0,03 Morph,

13^{15} h. 2. „ „ (auf dem Transport)

13^{40} h. 3. „ „ (in der Klin.); Einpack.

14^{10} h.	4.	eklampt.	Anfall	
14^{40} h.	5.	„	„	; 0,03 Morph.; P. 140
15^{30} h.	6.	„	„	
16^{20} h.	7.	„	„	
17 h.	8.	„	„	
17^{40} h.	9.	„	„	
18^{20} h.	10.	„	„	; 0,02 Morph.; P. 164.
19^{25} h.	11.	„	„	
23 h.	12.	„	„	
30. VIII. 24^{35} h.	13.	„	„	; 0,02 Morph.
7^{30} h.	Exit. let.			

Sektionsbefund:

Grosse Blutungen an der Leber-Oberfläche; kleinere im Lebergewebe; starke Trübung der Leber.

Geschwollene, weiche Milz.

Trübung und fette Degeneration der Nieren und des Herzfleisches.

Hypertrophie des Herzens.

Pneumonische Infiltration in der linken Lunge.

Spärliche Residuen von Pleuritis rechts.

Ecchymosen der Pleura.

Starkes Lungenödem.

Sehr zarte Aorta.

Kleine linke Niere mit Narben und Cysten.

Puerperaler Uterus.

Magennarbe; Ecchymosen in der Darmschleimhaut.

Kleine subseröse Myome und Fibrome in der vorderen Uterus-Wand

Starke Füllung der Uterin-Venen.

Corpus lut. ver. im linken Ovarium.

Derbheit der Nebennieren.

Blutungen in die Arachnoidea.

Ödem des Gehirns und der Hirnhäute.

16. Fall (J.-N. 17702).

Susanne H., 26 J., II p., Arbeiterin, Itzehoe. Eklampsie. Aufnahme 20. II. 97. Entbindung 3. III. Entlass. 13. III. 97.

1. Geburt ohne Krämpfe; Krämpfe in den ersten 4 Jahren.

Die eklampt. Erscheinungen verschwinden bis zur Entlassung.

Späteres Befinden, Status vom 2. VII. 1900 (in der Klinik untersucht):

Geringe Kopfschmerzen (Stirn), früher stärker (meist während der Regel). Menses regelmässig, ohne Schmerzen. Geringe Vergesslichkeit. Das bei der mit Eklampsie complicierten Geburt geborene Kind schwächlich. Urin klar, kein E., kein Sedim.

22. Fall (J.-N. 44).

Margarethe B., 37 J., I p., Werftarbeitersfrau, Kiel. Eklampsie. Zwillinge (†). Cervix-Incisionen. Aufnahme 14. IV. 99. Entbindung 15. IV. Exit. let. 16. IV. 99.

In den letzten Wochen der Schwangerschaft viel Kopfschmerzen, Ödem der Beine; in den letzten Tagen Ohnmachtsanfälle, Erbrechen, Flimmern vor den Augen. Kurz vor Beginn der Wehenthätigkeit (14. IV. 19 h) verlor Pat. das Bewusstsein.

14. IV. 20 h. 1. eklampt. Anfall, dem ohne Rückkehr des Bewusstseins mehrere sofort folgen.

22½ h. Poliklin. Hilfe: Ununterbrochen sich folgende eklampt. Anfälle. Atmung rasselnd. P. 140, stark gespannt, bedeutender Schweissausbruch, tiefe Blässe. 0,03 Morph.

23 h. Überführung in die Klinik. Heisses Bad mit nachfolgender feuchter Einpackung. T. 40,9. P. 160. Bald reichliche Diaphorese. Keine Zuckungen mehr, doch tiefes Coma.

15. IV. 24³⁰ h. Wegen zunehmender Pulsbeschleunigung Venaesectio, dadurch Abnahme der Spannung, doch nicht der Frequenz des Pulses. Ödeme der unteren Extremitäten bis über die Kniegelenke. Urin spärlich. E. = ⅓ Vol. Im Sediment reichlich harnsaure Salze, Phosphate, oxalsaurer Kalk, rote und weisse Blutkörperchen, keine Cylinder.

15. IV. Morgens: Tonus der rechten Gliedmassen erloschen, desgl. der Lidreflex des rechten Auges. P. 140—160.

17 h. Nach ausgiebigen Incisionen des Muttermundes Spontangeburt eines toten Mädchens, kurz darauf Geburt eines toten Knaben mittelst Wendung und Extraction.

18 h. Geburt der Nachgeburt.

In den nächsten 24 St. kehrt das Bewusstsein nicht wieder; auf Anrufe und Hautreize reagiert Pat. nicht. P. 160. T. zwischen 39 u. 40,5. Wiederholte Kochsalzinfusion ohne Erfolg. Atmung flach, beschleunigt, stertorös. Parese der rechten Extremitäten besteht fort.

16. IV. 17 h. Exit. letal.

Sektionsbefund:

Gehirn: Multiple Embolieen in der Nähe der linken inneren Kapsel; leichtes Ödem und beginnende Erweichung der Hirnsubstanz; doppelseitiger, chronischer Hydrocephalus int.

Lungen: Hepatisation beider Unterlappen; bronchopneumon. Herde im rechten Oberlappen; frische Pleuritis im Bereich der ganzen rechten Lunge und des linken Unterlappens. In den grossen Luftwegen reichliche Schleimmassen.

Herz klein, anämisch, geringe Hypertrophie des linken Ventrikels.

Milz: Nicht vergrössert; derb, hyperämisch.

Nieren: Beiderseits parenchymatöse Nephritis.

Leber: Landkartenzeichnung der Oberfläche; ebenda kleine Ecchymosen; starke Schnürleber; trübe Schwellung des Leberparenchym.

Schwang. Uterus.

23. Fall (J.-N. 98).

Frieda M., 22 J., I p., Schiffsmaklersfrau, Holtenau. Eklampsie; Nephritis; spontane Frühgeburt (condupl. corp.). Aufnahme 26. V. 99. Entbindung 27. V. 99. Entlassung 7. VI. 99.

Im 9. u. 10. Jahre Veitstanz. — In der Nacht vom 25.—26. d. M. plötzlich heftige, krampfhafte Schmerzen im Unterleib. Reichlich E. im Harn. — Aufnahme in die Klinik. Keine Ödeme der unteren Extremitäten, geringes Ödem des Gesichts; Unruhe, Kopfschmerzen.

26. V. 23 h. Prophylaktische Injection von 0,015 Morph. Dann 2 × unter Verlust des Bewusstseins geringe Trismus-Erscheinungen, Jactation und mässige Cyanose. Therapie: Schwitzen und Kochsalzklystier. Darauf Schlaf.

P. im Anfall 150—160, in den Intervallen 120—140. Urin bis 9 h schon 1430 ccm p. cath., bis zum 16. I. Mittags im Ganzen 5800 ccm, E. 15. I. Mittags 0,4%, Abends 0,06 %.

Nach dem Aufhören der Anfälle keine Wiederkehr des Bewusstseins; maniakalische Unruhe. Nach Chloralklystier (2 g) (22 h) ruhiger Schlaf.

Das Bewusstsein kehrt am 16. und 17. allmählich wieder; bis zur Entlassung verschwinden Kopfschmerzen und E. im Harn.

Späteres Befinden, Status vom 2. VII. 1900 (in der Klinik untersucht):

Reizbarer als früher. Herzklopfen. Geringer Kopfschmerz (stärker bei der Regel); geringe Sehstörungen. Urinbeschwerden: häufiger Urindrang. Urin augenblicklich klar, Spur E., kein Sedim. Magenschmerzen. Noch bis zu ½ Jahr nach der Entlassung aus der Klinik Nephritis mit Ödemen an Gesicht, Händen und Füssen. Das bei der mit Eklampsie complicierten Entbindung geborene Kind 6 Mon. alt geworden, an Brechdurchfall gestorben. Keine weiteren Schwangerschaften.

20. Fall (J.-N. 19432).

Sophie R., 37 J., I p., Wirtschafterin, Berend bei Schleswig. Eklampsie; Beckenausgangszange; lebendes, reifes Mädchen; atonische Wochenbettsblutung. Aufnahme 26. I. 99. Entbindung 6. III. Entlassung 29. III. 99.

E. reichlich im Harn; mittleres Ödem der Knöchel; Kopfschmerzen in den letzten 14 Schwangerschaftstagen; P. 100.

6. III. 1 h. Zunehmende Kopfschmerzen; Benommenheit, Erbrechen; leichte Muskelzuckungen; 0,03 Morph.

1¼ h. 1. eklampt. Anfall; Dauer 1—1½ Min.

2 h. 2. „ „ ; Dauer 1½ Min. 0,03 Morph.

Darauf Schlaf unter schnarchender, tiefer Atmung bis Morgens 7½ h.

7½ h. 3. eklampt. Anfall. Dauer 1 Min.

Bald darauf Rückkehr des Bewusstseins. Kopfschmerzen. P. 168. In 12 St. 300 ccm Urin. E. fast ⅔ des Vol.

19 h. 4. eklampt. Anfall; Dauer 30 Sec. P. 140. Danach Jactation, stark getrübtes Bewusstsein.

20^{30} h. 5. eklampt. Anfall Dauer 25 Sec. Danach tiefer Sopor.

21 h. Entbindung mittelst der Zange. Kind soporös (Morphium!); durch kalte Übergiessungen wird der Zustand bald gehoben.

Pat. erwacht aus der Narkose zu klarem Bewusstsein.

7. III. und ff. Die eklamptischen Beschwerden verschwinden schnell.

13. III. Atonische Wochenbettsblutung, mit Ausräumung und Tamponade des Uterus behandelt.

29. III. Pat. in geheiltem Zustande entlassen.

Späteres Befinden, Status von Anfang Juli 1900 (mittelst Fragebogen):

Schwindel. Gehörshallucinationen. Das bei der mit Eklampsie complicierten Entbindung geborene Kind gesund. Keine weiteren Schwangerschaften.

21. Fall (J.-N. 26).

Margarethe R., 18 J., I p.. Dienstmädchen, Steenbeck i. H. Eklampsia post partum. Aufnahme 1. IV. 99. Entbindung 2. IV. Entlassung 12. IV. 99.

1. IV. Seit 5 Tagen starke Kopfschmerzen und Flimmern vor den Augen, starke Ödeme der unteren Extremitäten. E. = $^1/_3$ Vol.

2. IV. 3 h. Normale Geburt eines lebenden, nicht ganz ausgetragenen Knaben.

3^{10} h. Ohne Vorboten.

1. eklampt. Anfall; Dauer 2 Min., mässig starke Cyanose, auf der Höhe des Anfalles Aussetzen der Atmung. P. 112. 0,03 Morph.

3^{30} h. Beim Catheterisieren

2. eklampt. Anfall. Dauer $^1/_2$ Min. Bewusstsein nach dem Anfall getrübt. E. = $^4/_5$ Vol. Einwicklung in feuchtheisse Laken. Wärmeflasche.

Kurz darauf Geburt der Nachgeburt. Darauf starke Diaphorese.

5^{30} h. Wiederkehr des Bewusstseins, keine Kopfschmerzen.

Die eklampt. Erscheinungen verschwinden bis zur Entlassung.

Späteres Befinden, Status vom 2. VII. 1900 (in der Klinik untersucht):

Geringe Kopfschmerzen (Stirn), früher stärker (meist während der Regel). Menses regelmässig, ohne Schmerzen. Geringe Vergesslichkeit. Das bei der mit Eklampsie complicierten Geburt geborene Kind schwächlich. Urin klar, kein E., kein Sedim.

22. Fall (J.-N. 44).

Margarethe B., 37 J., I p., Werftarbeitersfrau, Kiel. Eklampsie. Zwillinge (†). Cervix-Incisionen. Aufnahme 14. IV. 99. Entbindung 15. IV. Exit. let. 16. IV. 99.

In den letzten Wochen der Schwangerschaft viel Kopfschmerzen, Ödem der Beine; in den letzten Tagen Ohnmachtsanfälle, Erbrechen, Flimmern vor den Augen. Kurz vor Beginn der Wehenthätigkeit (14. IV. 19 h) verlor Pat. das Bewusstsein.

14. IV. 20 h. 1. eklampt. Anfall, dem ohne Rückkehr des Bewusstseins mehrere sofort folgen.

22½ h. Poliklin. Hilfe: Ununterbrochen sich folgende eklampt. Anfälle. Atmung rasselnd. P. 140, stark gespannt, bedeutender Schweissausbruch, tiefe Blässe. 0,03 Morph.

23 h. Überführung in die Klinik. Heisses Bad mit nachfolgender feuchter Einpackung. T. 40,9. P. 160. Bald reichliche Diaphorese. Keine Zuckungen mehr, doch tiefes Coma.

15. IV. 24³⁰ h. Wegen zunehmender Pulsbeschleunigung Venaesectio, dadurch Abnahme der Spannung, doch nicht der Frequenz des Pulses. Ödeme der unteren Extremitäten bis über die Kniegelenke. Urin spärlich. E. = ⅓ Vol. Im Sediment reichlich harnsaure Salze, Phosphate, oxalsaurer Kalk, rote und weisse Blutkörperchen, keine Cylinder.

15. IV. Morgens: Tonus der rechten Gliedmassen erloschen, desgl. der Lidreflex des rechten Auges. P. 140—160.

17 h. Nach ausgiebigen Incisionen des Muttermundes Spontangeburt eines toten Mädchens, kurz darauf Geburt eines toten Knaben mittelst Wendung und Extraction.

18 h. Geburt der Nachgeburt.

In den nächsten 24 St. kehrt das Bewusstsein nicht wieder; auf Anrufe und Hautreize reagiert Pat. nicht. P. 160. T. zwischen 39 u. 40,5. Wiederholte Kochsalzinfusion ohne Erfolg. Atmung flach, beschleunigt, stertorös. Parese der rechten Extremitäten besteht fort.

16. IV. 17 h. Exit. letal.

Sektionsbefund:

Gehirn: Multiple Embolieen in der Nähe der linken inneren Kapsel; leichtes Ödem und beginnende Erweichung der Hirnsubstanz; doppelseitiger, chronischer Hydrocephalus int.

Lungen: Hepatisation beider Unterlappen; bronchopneumon. Herde im rechten Oberlappen; frische Pleuritis im Bereich der ganzen rechten Lunge und des linken Unterlappens. In den grossen Luftwegen reichliche Schleimmassen.

Herz klein, anämisch, geringe Hypertrophie des linken Ventrikels.

Milz: Nicht vergrössert; derb, hyperämisch.

Nieren: Beiderseits parenchymatöse Nephritis.

Leber: Landkartenzeichnung der Oberfläche; ebenda kleine Ecchymosen; starke Schnürleber; trübe Schwellung des Leberparenchym.

Schwang. Uterus.

23. Fall (J.-N. 98).

Frieda M, 22 J., I p., Schiffsmaklersfrau, Holtenau. Eklampsie; Nephritis; spontane Frühgeburt (condupl. corp.). Aufnahme 26. V. 99. Entbindung 27. V. 99. Entlassung 7. VI. 99.

Im 9. u. 10. Jahre Veitstanz. - In der Nacht vom 25.—26. d. M. plötzlich heftige, krampfhafte Schmerzen im Unterleib. Reichlich E. im Harn. — Aufnahme in die Klinik. Keine Ödeme der unteren Extremitäten, geringes Ödem des Gesichts; Unruhe, Kopfschmerzen.

26. V. 23 h. Prophylaktische Injection von 0,015 Morph. Dann 2 × unter Verlust des Bewusstseins geringe Trismus-Erscheinungen, Jactation und mässige Cyanose. Therapie: Schwitzen und Kochsalzklystier. Darauf Schlaf.

27. V. 5 h. 1. eklampt. Anfall; P. 140; 0,015 Morph. Wiederkehr des Bewusstseins nach 1 St. Cylinder im Harn.

8 h. 2. eklampt. Anfall; Dauer 1 Min.; 0,015 Morph.

14^{25} h. Nach Geburt eines eingeführten Colpeurynters Geburt eines unreifen, macerierten Mädchens mittelst Selbstentwicklung conduplic. corpor. aus I. Querlage. — Plac. zeigt fibrinöse Einlagerungen (alte Blutgerinnsel).

Bis zur Entlassung zeigt Pat. keine weiteren Zeichen und Folgeerscheinungen von Eklampsie.

Späteres Befinden, Status vom 5. VII. 1900 (mittelst Fragebogen):

Viel Kopfschmerz; Gedächtnissschwäche; Gesichtsneuralgie. 1 weitere normale Entbindung: Kind (Knabe) gesund.

24. Fall (J.-N. 286).

Frieda D., 19 J., I p., Dienstmädchen, Kiel. Eklampsie; Kind †. Aufnahme 14. XI. 99. Entbindung 22. XII. 99. Entlassung 20. I. 00.

In den ersten Schwangerschaftsmonaten öfter Übelkeit und Erbrechen.

20. XII. Gegen Abend Klagen über Kopfschmerzen, Schwindel, Übelsein.

21. XII. 5 h. Pat. erwacht mit starkem Kopfschmerz, Übelkeit, Erbrechen.

$5^1/_4$ h. Ganz plötzlich 1. eklampt. Anfall; Dauer 2 Min. Bewusstseins-Verlust, blutiger Schaum vor dem Munde, stertoröses Atmen; keine Cyanose. — Dann allmähliche Wiederkehr des Bewusstseins. T. 36,8. P. 76, gespannt. Urin: E. = $^1/_2$ Vol. 3 × Erbrechen. Bis 6^{10} h. noch 4 (2.—5.) eklamptische Anfälle kurz hinter einander. Bewusstsein während dieser ganzen Zeit aufgehoben; zwischen den einzelnen Anfällen grosse Unruhe; stertoröses Atmen.

6 h. Wehenbeginn. — In der nächsten Stunde nur starke Kopfschmerzen.

$9^1/_2$ h. 6. eklampt. Anfall. Dauer $1^1/_2$ Min.; noch 10 Min. dauerndes tiefes Coma, dann allmähliche Rückkehr des Bewusst-

seins; mehrmaliges Erbrechen.

10^{20} h.	7.	eklampt.	Anfall	T. 38,1. P. 100.
11^{10} h.	8.	„	„	Dauer 50 Sec.; leichte Cyanose des Gesichts.
11^{55} h.	9.	„	„	Dauer 65 Sec.; kurz darauf Erbrechen.
12^{50} h.	10.	„	„	Stärkere Cyanose des Gesichts; starkes Ödem an Gesicht u. Augenlidern.
13^{40} h.	11.	„	„	Dauer 50 Sec.; Urin wird unter sich gelassen. Kindl. Herztöne verlangsamt. (120.)
14^{30} h.	12.	„	„	Dauer 50 Sec.; T. 38,7. P. 144, gespannt.
15^{30} h.	13.	„	„	Dauer 70 Sec. Starke Cyanose des Gesichts; Kindl. Herztöne wieder gut (136).
16^{5} h.	14.	„	„	Dauer 50 Sec. } Dauerndes Coma, stertoröses Atmen. T. 39,4. P. 156.
16^{20} h.	15.	„	„	„ 60 Sec. }
16^{25} h.	16.	„	„	}
16^{30} h.	17.	„	„	(Cyanose nur während der Anfälle, in der Zwischenzeite gute Gesichtsfarbe).
16^{45} h.	18.	„	„	Dauer 60 Sec.
16^{55} h.	19.	„	„	„ 60 „ Morph. 0,03.
18^{25} h.	20.	„	„	„ 60 „ Salzwasser-Klystier.
18^{55} h.	21.	„	„	Kindl. Herztöne nicht mehr zu hören.
19^{10} h.	22.	„	„	T. 39,9. P. 160, gespannt.
19^{20} h.	23.	„	„	Dauer 45 Sec. Morph. 0,0275.
19^{35} h.	24.	„	„	Dauer 70 Sec.

Die Kreissende ist jetzt auch zwischen den einzelnen Anfällen tief cyanotisch: Atmung stertorös, beschleunigt (36

i. d. Min.). Ödeme an Beinen und Augenlidern haben zugenommen. Kindl. Herztöne nicht mehr nachweisbar. Andauernd tiefes Coma; Pupillen eng, nicht reagierend. T. 39,6. P. 160.

21 h. Blasensprengung, Einlegen des Colpeurynters.

22 h. Cyanose verschwunden, Atmung freier, allmähliche Rückkehr des Bewusstseins.

Während der Nacht Kreissende sehr unruhig, deshalb 22. XII. $5^1/_2$ h.: 0,01 Morph.

6^{40} h. Geburt des Colpeurynters.

8 h. Geburt eines toten, reifen Knaben unter starker Unruhe der Pat.

8^{30} h. Geburt der Nachgeburt; Plac. zeigt an der rechten Kante einen 5 mm grossen Fibrin-Infarct.

T. (post part.) 38,3. P. 124, kräftig, gespannt.

Im Laufe des Tages noch grössere Unruhe; Urin wird unter sich gelassen.

23. XII. Während der Nacht einige Stunden Schlaf, im Übrigen keine grössere Unruhe. Klagen über Schmerzen in der Zunge; keine Kopfschmerzen. Zunge zeigt ausgedehnte, schmierig belegte Biss-Verletzungen; Reinigung des Mundes mit essigsaurer Thonerde.

24. XII. Stat. id. Ausserdem etwas Husten ohne weitere Beschwerden; P. beschleunigt. Objectiv in den unteren Partien der Lungen rechts und links zahlreiche Rasselgeräusche, verschärftes Atemgeräusch; keine Dämpfung.

25.—26. XII. Husten verschwindet; P. wieder normal.

Urin:

22. XII. E.: 43 mm, Menge 700 ccm; im Sediment Cylinder und verfett. Epithelien.

23.—27. XII. E.: 18—9 mm, Menge 950 ccm; Sedim. wie oben.

28. XII.—1. I. E. ca. 6 mm, Menge 2800 ccm, Sediment, spärlich Cylinder und Epithelien.

2.—11. I. Cystitis: React. alkalisch, E. in Spuren, Urinmenge normal, kein Sediment.

Darauf allmähliche Rückkehr zur Norm.

Pat. am 20. I. als geheilt entlassen.

Section des Kindes:

Sehr grosse, derbe, braune Lungen mit massenhaften eigentümlichen gelben Herden. Ausgedehnte Aspiration von Meconium. Derbe, blasse Leber. Grosse, derbe Milz. Nieren trübe. Blutungen in das Nebennieren-Mark. Starke Hyperämie des Gehirns. Gerade Verknöcherungsgrenze.

Späteres Befinden, Status vom 2. VII. 1900 (in der Klinik untersucht):

Menses regelmässig, ziemlich stark; stechende Schmerzen in beiden Hypogastrien (auch ausserhalb der Regel). Gedächtnisschwäche, Reizbarkeit, Schwindel. Atemnot, Rückenschmerzen. Übelkeit. Urinbeschwerden: Brennen beim Urinlassen; Drängen nach unten. Urin klar, ohne E., ohne Sediment. Keine weiteren Schwangerschaften.

25. Fall (J.-N. 327).

Catharina B., 21 J., I p., Zimmermannsfrau, Kiel. Eklampsie; Kind †; Psychose; nach dem städt. Krankenhaus verlegt. Aufnahme 24. XII. 99. Entbindung 24. XII. Entlassung 27. XII. 99.

In letzter Zeit viel Kopfschmerzen.

23. XII. Nachm. Sehr starke Magen- und Kopfschmerzen. 2 × Morph. 0,01.

24. XII. 24½ h. Plötzlich 1. eklampt. Anfall.

Im Laufe der Nacht folgen sich die Anfälle in regelmässigen Zwischenräumen von ¾ St.

24. XII. Von 10½ h. ab 3 Anfälle; bis zur Ankunft des Sanitätswagens leichte Chloroformnarkose.

11¼ h. Aufnahme in die Klinik.

Noch auf der Tragbahre 1 eklamptischer Anfall; Dauer 1½ Min. T. 39,4. P. 120, gespannt. Kindl. Herztöne nicht zu hören:

In der Klinik:

11^{20} h.	1.	eklampt.	Anfall,	Dauer	45	Sec.	Während der Anfälle tiefe Cyanose des Gesichts, in den Zwischenräumen stertoröses Atmen, dauerndes Coma, bisweilen grosse Unruhe, nie Erbrechen.
11^{25} h.	2.	„	„	„	40	„	
11^{32} h.	3.	„	„	„	90	„	
11^{35} h.	4.	„	„	„	120	„	
11^{40} h.	5.	„	„	„	90	„	
11^{55} h.	6.	„	„	„	100	„	0,03 Morph.

Darauf fast 2 St. kein Anfall.

1^{42} h.	7.	eklampt. Anfall,	Dauer 90 „		wie oben. Ödeme in der Inguinalgegend beiderseits.
2^{55} h.	8.	„ „	„ 60 „		
3^{13} h.	9.	„ „	„ 45 „		
3^{17} h.	10.	„ „	„ 120 „		
3^{25} h.	11.	„ „	„ 100 „		
3^{36} h.	12.	„ „	„ 60 „	Morph. 0,02.	

16^{45} h. Geburt eines frischtoten Knaben unter grosser Unruhe der Kreissenden.

17^{30} h. Urin (p. cath.) dunkelbraun, klar, E.: das ganze Vol. — Geburt der Nachgeburt.

Nach der Geburt Frau in tiefem Coma mit ruhiger, aber stertoröser Atmung. T. 37,8. P. 80, gespannt.

18^{52} h. Plötzlich

13. eklampt. Anfall, Dauer 60 Sec. Tiefe Cyanose des Gesichts, stockende Atmung. — Nach dem Anfall grosse Unruhe.

19^{25} h. 14. „ „ Dauer 120 Sec. Aussetzen der Atmung, künstl. Atembewegungen. P. 132, unregelmässig.

21^{15} h. 15. „ „ Dauer 200 Sec. Tiefe Cyanose. Über $1^1/_2$ Min. stokkende Atmung, künstliche Atembewegungen.

22^{45} h. 16. „ „ Dauer 90 Sec. Chloral-Klystier (3 g).

Während der Nacht wechseln tiefes Coma u. ruhige, schnarchende Atmung mit Perioden grosser Unruhe ab. — 2 St. ruhiger Schlaf.

25. XII. Bewusstsein noch nicht zurück. P. unregelmässig, beschleunigt, gespannt. Nahrungsaufnahme gut. Urin wird unter sich gelassen. Sehr starke Unruhe. — Abds.: Chloralklystier (3 g). — Auscult. ergiebt reine Hertöne. —

26. XII. Während der Nacht kein Schlaf. T. normal, P. beschleunigt, gespannt. Atmung beschleunigt (bis 42).

Nahrungsaufnahme verweigert; Urin wird unter sich gelassen. Im Laufe des ganzen Tages Tobsuchtsanfälle, danach grosse Mattigkeit, Sensorium noch nicht zurückgekehrt. — Abds.: Chloralklystier (3 g).

In der Nacht wiederholt Tobsuchtsanfälle, abwechselnd mit Perioden grösserer Ruhe. Morph. 0,02; doch trotzdem kein Schlaf.

27. XII. Morg.: Sensor. freier, träge Reaction der Pupillen, gute Nahrungsaufnahme. P. beschleunigt, unregelmässig, weniger gespannt.

Vorm.: Angstzustände und grosse Erregung.

Nachm.: Überweisung an das städt. Krankenhaus weg. Psychose.

Im städt. Krankenhaus 2 Tage lang grosse Erregungs- und Angst-Zustände. Auf Chloralhydrat und Bromkali wurde Pat. ruhiger und am 4. Tage war Sensor. völlig frei. Rückerinnerung fehlt vollständig.

Auf eigenen dringenden Wunsch und den des Mannes wurde Pat. nach 8 Tagen entlassen.

Section des Kindes:

Lungen luftleer. Zahlreiche Ekchymosen auf Lunge und Pleura. Hydrothorax und Hydroperikard. Starke Hyperämie der Milz und Nieren. Zahlreiche Hämorrhagien im Nebennierenmark.

Späteres Befinden, Status vom 2. VII. 1900 (in der Klinik untersucht):

Herzklopfen. Rücken- und Kreuzschmerzen; viel Kopfschmerz; auffallendes Schwitzen; Schlaflosigkeit; Appetitlosigkeit, Magenschmerzen. Urin klar, kein E., kein Sedim. Keine weiteren Schwangerschaften.

26. Fall (J.-N. 62).

Elise S., 31 J., I p., Zimmermannsfrau, Neustadt i. H. Eklampsie; Kind † intra partum. Aufnahme 1. V. 1900. Entbindung 11. V. 00. Entlassung 27. V. 00.

Sehr starke, bis zu 8 Tagen anhaltende Menses mit starken Kopfschmerzen und Rückenschmerzen. Mit 16 Jahren Scharlach. — In den ersten Schwangerschaftsmonaten Übelkeit. Urin: E. = ½ Vol., sauer.

Vom 7. IV. ab Ödeme an Unterschenkeln, Knöcheln, Gesicht und Augengegend. — Im Urin Sediment, spärlich weisse Blutkörperchen, Epithelien, granulierte Cylinder.

9. V. 15 h. Plötzlich Erbrechen; Rückenschmerzen.

Abds.: Geringe Kopfschmerzen.

20½ h. Nach heissem Bade erneutes Erbrechen, Kopfschmerzen, starker Schweissausbruch.

21¹⁰ h. Starke Kopfschmerzen, erneutes Erbrechen; kurz darauf

1. eklampt. Anfall; Dauer 2 Min.

Darauf grosse Unruhe und tiefe Bewusstlosigkeit von 10 Min. Dauer. P. gespannt, 120. Atmung schnarchend, nicht beschleunigt. Pupillen eng, reagieren nicht auf Lichteinfall.

Nach erneutem Erbrechen

22²⁵ h. 2. eklamptischer Anfall, Dauer 1¾ Min.

Darauf kurze Zeit grosse Unruhe, dann tiefe Bewusstlosigkeit von 5 Min. Dauer.

22⁴⁵ h. Erneutes Erbrechen; darauf

3. eklampt. Anfall, Dauer 1¾ Min.

Darauf grosse Unruhe, gefolgt von 12 Min. dauerndem tiefen Coma.

23 h. Morph. 0,03 (subcut.).

23¼ h. 4. eklampt. Anfall, Dauer 1 Min.; eingeleitet von Erbrechen. — Coma von 20 Min. P. gespannt, 100—120.

10. V. 1½ h. Erneutes Erbrechen ohne Anfall; Frau bei Bewusstsein.

Während der Nacht ruhiger Schlaf.

8 h. Starke Kopfschmerzen. Ödeme stark zugenommen. Kindl. Herztöne regelmässig.

8½ h. Nach erneutem Erbrechen

5. eklampt. Anfall, Dauer 1 Min.

Dann grössere Unruhe, gefolgt von 10 Min. Coma.

9¾ h. Durch innere Untersuchung

6. eklampt. Anfall, Dauer ¾ Min.

Coma 15 Min. Dann Morph. 0,02. Bewusstsein bleibt frei. Kindl. Herztöne unregelmässig und undeutlich.

12½ h. Nach erneutem Erbrechen

7. eklampt. Anfall, Dauer 1 Min.

Coma ½ Std. Kindl. Herztöne nicht mehr nachweisbar. Keine Kopfschmerzen! Bewusstsein kehrt allmählich zurück.

Nachts ziemlich ruhiger Schlaf.

11. V. 3^{55} h. Geburt eines frischtoten, frühreifen Mädchens.

$4^{1}/_{2}$ h. Geburt der Nachgeburt.

Pat. bei Besinnung; keine Kopfschmerzen. P. weniger gespannt, 92. Atmung ruhig, nicht rasselnd.

Urin:

2.—9. V. Menge ca. 700 ccm. E. zunehmend von ½—⅘ des Vol. Im Sedim. Cylinder, Epithelien, Blutkörperchen in allmählich zunehmender Menge.

10. V. Menge (p. cath.) 50 ccm. Abds. Menge 400 ccm (spontan). E.: das ganze Vol. Im Sedim. massenhaft Cylinder, Epithelien, rote Blutkörperchen.

11. V. Menge 1300 ccm. E.: das ganze Vol. Im Sedim. massenhaft Cylinder, Epithelien, rothe Blutkörperchen.

In den nächsten Tagen kehrt das Verhalten des Urins schnell zur Norm zurück.

Desgl. verschwinden die übrigen eklampt. Erscheinungen, sodass Pat. am 27. V. als geheilt entlassen wurde.

Section des Kindes:

Lungen luftleer. Ecchymosen der Pleura und des Herzbeutels. Meconium in den Bronchieen. Grosse, derbe Milz. Leichte Trübung des Herzmuskels und der Nieren. Hämorrhag. Durchtränkung des rechten Nebennierenmarks. Starke Hyperämie des Hirnmarkes.

Späteres Befinden, Status vom 2. VII. 1900 (mittelst Fragebogen):

Urin normal. Keine weiteren Schwangerschaften.

27. Fall (J.-N. 95.)

Magda F., 21 J., I p., Torpedo-Capitainlieutenants-Frau, Kiel. Eklampsie; Psychose. Aufnahme 3. VI. 00. Entbindung 3. VI. Entlassung 5. VII. 00.

Früher Masern, Scharlach, Gelenkrheumatismus. — In den ersten Schwangerschaftsmonaten viel Übelkeit und Erbrechen; in den letzten Monaten vorübergehende Anschwellung der Füsse. — Kreissend mit Eklampsie aufgenommen. In den letzten 4—5 Tagen vor der Geburt starke Kopfschmerzen, hauptsächlich in der Stirngegend, besonders am Abend des 2. VI. Sonst keine Schwangerschaftsbeschwerden. Urin: E. das ganze Vol. Cor und pulmones ohne patholog. Befund.

3. VI. 3 h. 1. eklampt. Anfall.

3.—5. h. 2.—5. „ „ ; zwischen den einzelnen Anfällen keine Wiederkehr des Bewusstseins. Nach dem 5. Anfall 0,03 Morph.

6 h. Aufnahme in die Klinik: Tiefes Coma; schnarchende, beschleunigte Atmung; Pupillen sehr eng (Morph.!), reactionslos. Bei Uterus-Contractionen grössere Unruhe. P. 88. T. 37,3. Kindl. Herztöne schwach. Urin (p. cath.) bierbraun, E.: das ganze Vol.

8^{40} h. Geburt eines frühreifen, lebenden Mädchens; dabei 6. eklampt. Anfall, Dauer 1 Min.; tiefe Cyanose, stockende Atmung P. 124, gespannt.

9^{15} h. Geburt der Nachgeburt nach Credé; Plac. normal.

Kind frühreif, tief asphyktisch; Pupillen eng (Morph.!). Nach 1 St. im warmen Bade durch kalte Übergiessungen kräftiges Schreien; doch bald Atmung wieder flacher und starke Cyanose; trotz Anwendung von Hautreizen Herzschlag allmählich schwächer und 12 h. Exitus.

Wöchnerin: Nach der Geburt tiefes Coma; P. 120; Pupillen eng, reactionslos.

$10^1/_2$ h. 7. eklampt. Anfall, Dauer $^3/_4$ Min.

$11^3/_4$ h. 8. „ „ „ $1^1/_2$ Min., Morph. 0,02.

$14^1/_2$ h. Beginnendes Lungenödem, Atmung dispnöisch. angestrengt, röchelnd, oft längere Zeit aussetzend; reichliche Mengen schaumigen, gelblichen Sputums; in Gesicht, Lippen und Fingernägeln starke Cyanose; T. 39,3. P. 150—160, klein. Ther.: Campher-Injektionen, kalte Übergiessungen

mit nachfolgendem Frottieren, Abreibungen mit heissem Essig, Kochsalz-Infusionen, trockene Hitze, Ablassen der Ödem-Flüssigkeit bei herabhängendem Oberkörper.

21 h. Atmung freier, Sputum und Cyanose geringer. P. langsamer, kräftiger. T. 39,6.

Während der Nacht tiefes Coma; ruhige, schnarchende Atmung. Pupillen eng, reactionslos.

Urin: Menge (p. cath.) (6 h. – 21 h.) 400 ccm, bierbraun, klar, E.: das ganze Vol. Im Sedim.: Massenhaft hyaline und granulierte Cylinder, Epithelien, harnsaure Salze.

4. VI. 7 h. T. 40,6. P. kräftig, 124. Tiefes Coma. Ruhige Atmung. Keine Cyanose.

Von 9 h. ab Abwechselung von Erregungszuständen und tiefem Coma. Urin (p. cath.) bis 18 h. 900 ccm., bierbraun, E. = $^3/_4$ Vol. T. 39,5—40,0. P. kräftig, 120—130.

5. VI. Stat. id. Sensor. etwas freier. Pupillen mittelweit, reagieren. Urin (bis Abds.): Menge 800 ccm, bierbraun, E. = $^1/_2$ Vol. P. 100—120, kräftig. T. (morg). 39,3. — 3 Nährklystiere.

6. VI. Stat. id. T. 37,6. P. 104. Neigung zu Erbrechen.

$10^1/_2$ h. Plötzlich

9. eklampt. Anfall, Dauer $1^1/_2$ Min. Tiefe Cyanose, stockende Atmung. Urin (unwillkürlich abgegangen) ziegelmehlfarbig, E. = $^1/_2$ Vol., zahlreiche Cylinder, harnsaure Salze, keine roten Blutkörperchen.

Nachm.: Abwechselung von Erregungszuständen und tiefem Coma.

Abds.: Sensor. freier.

Urin: Menge (6 h. – 18 h.) 600 ccm, bräunlich.

7. VI. Befinden besser. P. noch beschleunigt. Nahrungsaufnahme besser.

8. VI. Sensor. noch etwas benommen. Urin spontan.

9.—11. VI. Stat. id., doch öfters grössere Unruhe.

12. VI. „ „ 1 mal Erbrechen.

13. VI. „ „ 2 mal „

14. VI. „ „ starke Kopfschmerzen in der Stirngegend.

15. VI. stat id.,
16. VI. „ „ 2 Erbrechen. Starke Kopfschmerzen in der Stirngegend.
17. VI. „ „ 1 mal Erbrechen
18. VI. „ „ 1 „ „
19. VI. „ „ 1 „ „
20. VI. „ „ 1 „ „

21. VI. — 1. VII. Erhebliche Besserung. Sensor. frei, geringere Kopfschmerzen. Kein Erbrechen. Gedächtniss noch schwach, vorübergehende Sehstörungen, die allmählich verschwinden.

2. VII. Wieder grosse Unruhe und Benommenheit. Pupillen reagieren. Starke Kopfschmerzen, T. 37,5 P. 104. Ther. Kal.-, Natr.-, Ammon. brom.

3. VII. Unruhe geringer, Sensor. noch benommen, Sehvermögen wieder schlechter.

4. VII. Immer noch grosse Unruhe, Sensor. benommen, Urin ohne E.

5. VII. Stat. id., auf Wunsch des Mannes entlassen.

Urin:

4. VI. Menge 900 ccm, E. das ganze Vol. } Sed.: massenhaft gekörnte u. hyaline Cylinder, Epithelien, harnsaure Salze.
5. VI. „ 800 ccm, E. ½ Vol., } bierbraun, klar

6.—7. VI. Menge 1000 ccm. E. 1½—1 ccm, heller, klar. Sed. w. o., Bakt. coli.

8.—11. VI. Menge ca. 1500ccm, E. 1—¾ ccm, etwas trübe. } Sed.: Vereinzelte hyaline Cylinder, Bakt. coli, keine roten Blutkörperchen.
12—14. VI. „ ca. 1000 ccm, E. ½—¼ ccm, etwas trübe.

15.—19. VI. Menge ca. 1200 ccm, E.: Kuppe klar. } Sed.: Wenig Eiterkörperchen, Bakt. coli.

20. VI. und ff.: Menge ca. 2500 ccm, ohne E., klar, ohne Sedim.

5. VII. Spontan gelassener Urin Spur E., trüb, geringer flockiger Niederschlag.

Späteres Befinden, Status vom 30. VII. 1900 (nach Auskunft des Hausarztes):

Geringe Schwäche. Menses ohne Schmerzen. Zeitweise Kopfschmerzen (Stirn). Geringe Sehstörungen (kleine Druckschrift kann noch nicht gelesen werden). Gedächtnissschwäche. Urin klar, ohne E. .ohne Sedim, vermehrter Harndrang. Urinmenge etwas vermehrt.

28. Fall (J.-N. 146).

Leonore K., 23 J., II p., Maschinenbauersfrau, Dietrichsdorf. Eklampsie. Aufnahme 27. VII. 1900. Entbindung 27. VII. Entlassung 8. VIII. 1900.

Als Kind Masern, Diphtherie. — 1897 1. Entbindung, normal. In den letzten drei Schwangerschaftsmonaten sehr starkes Jucken. Urin: E. das ganze Vol.

27. VII. 1900. 1 h. Pat. erwacht mit sehr starken Kopfschmerzen, ohne vorher irgend welche Beschwerden gehabt zu haben.

8 h. 1. eklampt. Anfall, Wehenbeginn.
8—9 h. 2.—4. „ „ , sämtlich heftig.
Auf dem Transport zur Klinik
5. eklampt. Anfall.
$10^{3}/_{4}$ h. Aufnahme in die Klinik.

P. 92, etwas gespannt. Atmung etwas röchelnd. Pupillen mittelweit, reagieren. T. 37,6.

11 h. Durch äussere Untersuchung
6. eklampt. Anfall. Dauer 1 Min., stockende Atmung, tiefe Cyanose. P. 116. gespannt.

Darauf tiefes Coma; röchelnde, nicht beschleunigte Atmung.

11^{18} h. 7. eklampt. Anfall, Dauer 1 Min.
12^{2} h. 8. „ „ „ $1^{1}/_{2}$ „
12^{21} h. 9. „ „ „ $1^{1}/_{4}$ „
12^{40} h. 10. „ „ „ 1 „ T. 38,5. P. 106. Morph. 0,03.

Darauf kein weiterer Anfall. Tiefes Coma, schnarchende Atmung. P. 100, etwas gespannt.

$14^{1}/_{2}$ h. Blasensprung; kindl. Herztöne gut.

$15^3/_4$ h. Unter grosser Unruhe der Kreissenden normale Geburt eines tief asphyktischen, frühreifen Mädchens.

$16^1/_4$ h. Expression der Plac. Plac. enthält nur einen 2 cm langen weissen Infarct.

Kind steht unter dem Einfluss des Morph., Pupillen sehr eng, Herzschlag gut. Mittelst warmen Bades, mechan. und thermisch. Reize gelingt es, das Kind nach 20 Min. zu kräftigem Schreien zu bringen.

Wöchnerin: Tiefes Coma. T. 39,1, P. 108, etwas gespannt. In der Nacht grosse Unruhe, deshalb Morph. 0,015. Darauf 3 Stunden ruhiger Schlaf.

28. VII. P. und T. normal. Bewusstsein kehrt zurück. Starke Kopfschmerzen in der Stirngegend. Urin p. cath., bierbraun.

29. VII. und ff. Keine Kopfschmerzen. Sensorium frei. Urin spontan, kein E., kein Sedim. Rückerinnerung von der Nacht vor der Aufnahme bis zum Tage nach der Geburt fehlt.

8. VIII. Als geheilt entlassen.

Urin:

27. VII.	Menge	250 ccm. (p. Cath.)	E. das ganze Vol., klar,	Sedim: zahlreiche hyaline u. granulierte Cylinder, verfettete Epithel., wenig Leucocyten
28. VII.	„	680 ccm.	E. $^1/_3$ Vol., klar,	
29. VII.	„	500 ccm.	E. $^1/_3$ Vol., „	
30. VII.	„	780 ccm.	E. leichte Trübung, klar,	

31. VII.—8. VIII. Menge: 900—1800 ccm, kein E., klar, kein Sedim.

Wir haben nun im Folgenden die eben geschilderten Fälle nach drei Richtungen hin weiter zu untersuchen:

I. Pathologisch-anatomische Befunde.

Es sind gestorben: No. 12, 15, 18, 22.

Von diesen starb:

No. 12 an Schrumpfniere, compliciert mit Pneumonie.

No. 15 an starkem Lungenoedem, compliciert mit Pneumonie, fettiger Degeneration der inneren Organe, Ödem des Gehirns.

No. 18 an Apoplexie, compliciert mit Pneumonie.

No. 22 an multiplen Embolieen des Gehirns, compliciert mit Nephritis, Broncho-Pneumonie und Pleuritis.

Vergleichen wir die Sektionsbefunde, so ergeben sich:

1. als wichtigere Befunde:

a. Affektionen der Niere bei No. 12, 15, 18, 22 und zwar:

Atrophie einer Niere bei Nr. 12, 15.

Trübung bei No. 15, 18.

Fettige Degeneration bei No. 15.

Parenchymatöse Nephritis bei No. 22.

b. Affektionen des Herzens und Gefässsystems bei No. 12, 15, 18, 22 und zwar:

Kleinheit und Anämie des Herzens bei No. 22.

Hypertrophie „ „ „ „ 12, 15, 22.

Trübung „ „ „ „ 15, 18.

Fettige Degeneration „ „ „ „ 15.

Zartheit der Aorta bei No. 15.

Fettige Fleckung „ „ „ „ 18.

Seröser Erguss ins Pericard „ „ 18.

c. Affektion der Lungen und Pleura bei No. 12, 15, 18, 22 und zwar

Pneumonische und bronchopneumonische Infiltration bei Nr. 12, 15, 18, 22.

Hepatisation der Lungen bei No. 22.

Lungenödem bei No. 15, 18.

Pleuritis bei No. 15 (Residuen), 22.

Ecchymosen der Pleura bei No. 15.

Seröser Erguss in die Pleurahöhle bei No. 18.

d. Affektion der Leber bei No. 12, 15, 18, 22 und zwar:

Zerfallsherde bei No. 12.

Blutungen bei No. 15, 22.

Trübung bei No. 15, 22.

Anämie bei No. 18.

e. Affektionen des Gehirns und der Hirnhäute bei No. 15, 18, 22 und zwar:

Blutungen und Embolieen bei No. 15, 18, 22.

Ödem und Erweichung der Hirnsubstanz bei No. 15, 22.

Chron. Hydroceph. int. bei No. 22.

2. als weniger wichtige Befunde:

a. Affektionen des Magens und Darmkanals bei No. 15, 18 und zwar:

Magennarbe bei No. 15.

Ecchymosen in Magen- und Darmschleimhaut bei No. 15, 18.

Schwellung der Follikel bei No. 18.

b. Affektionen des Uterus bei No. 15 und zwar:

Myome und Fibrome bei No, 15.

c. Affektionen der Milz bei No. 15, 22 und zwar:

Geschwollene, weiche Milz bei No 15.

Derbe, hyperämische Milz bei No. 22.

d. Affektionen der Nebennieren bei No. 15 und zwar:

Derbheit der Nebennieren bei No. 15.

Vergleichen wir die Anzahl der Fälle von Eklampsie einerseits und die bei ihnen zu verzeichnenden Todesfälle andererseits, so ergeben sich unter 28 Fällen von Eklampsie 4 Todesfälle, was einer Mortalität von nur r und14% entspricht (cf. Schluss des I. Abschnitts und III. Abschnitt)!

Betrachten wir die Todesursachen, so zeigt sich, dass in zwei Fällen der Tod durch grobe Veränderungen im Gehirn — einmal grosse apoplektische Herde in beiden Hemisphären (Fall 18), einmal multiple Embolieen (Fall 22) — verursacht worden ist. Einmal fand sich als directe Todesursache starkes Lungenödem (Fall 15) und in dem vierten Fall (Fall 12) dürfte der Tod auf die absolute Niereninsufficienz zzurückgeführt werden, welche anatomisch in hochgradiger Granularatrophie der Nieren mit fast vollständiger Atrophie der einen begründet war.

Ein Vergleich dieser neuen Statistik mit der von Roman aufgestellten zeigt nun als besonders auffallenden Unterschied die sehr viel kleinere Mortalität unter den von mir zusammengestellten Fällen. Dieser Unterschied erklärt sich nur zum kleineren Teil aus der Thatsache, dass früher die puerperale Sepsis in der Eklampsie-Mortalität eine verhältnissmässig grosse, jetzt fast keine Rolle mehr spielt. In der That finden sich bei Roman noch zwei septische Todesfälle —

beide aus dem Anfange des von ihm bearbeiteten Zeitraumes —; aber auch nach Abzug dieser bleibt der Unterschied auffallend. Da beide Reihen nach gleichen Grundsätzen behandelt worden sind, so lässt sich auch die Differenz aus ungleichem Erfolge verschiedenartiger Therapie nicht erklären. Jedenfalls zeigt diese Ungleichheit der Mortalität, berechnet an verschiedenen Serien von Eklampsiefällen in dem gleichen Institute und bei gleichartiger Behandlung, wieder sehr deutlich, wie schwankend und schwer feststellbar die Prognose der Eklampsie ist.

Bemerkenswert war in der Roman'schen Arbeit namentlich die Häufigkeit der Aspirationspneumonie als directer Todesursache. Es zeigte sich, dass die Gefahr an dieser zu erkranken und zu sterben um so grösser ist, je längere Zeit seit dem Beginn der Eklampsie bis zu dem Einsetzen ärztlicher Überwachung der Behandlung verläuft. Die geringere Mortalität meiner Statistik dürfte wohl auch mit darauf beruhen, dass dieselbe mehr von vornherein leichtere oder mittelschwere und weniger von solchen Fällen umschliesst, die verspätet in Anstaltsbehandlung gelangten.

II. Spätere Graviditäten, Geburten und augenblickliches Befinden.

Was zunächst die hierher gehörenden Angaben betrifft, so ist zu bemerken, dass bei 10 Fällen (No. 1, 6, 8—9, 11, 14, 19, 21, 24—25) der Status über das spätere Befinden in der Klinik an der Betreffenden selbst aufgenommen, in den übrigen 11 Fällen (No. 2—5, 7, 10, 13, 20, 23, 26—27) derselbe mittelst Fragebogen, der zum Teil von den Betreffenden selbst, zum Teil von dem Hausarzte derselben beantwortet wurde, erhoben worden ist; bei No. 16 und 17 ist nach dieser Richtung hin nichts zu ermitteln gewesen, desgl. muss No. 28, als soeben erst aus der Klinik entlassen, hier unberücksichtigt bleiben.

Die übrigen 21 Fälle: No. 1—11, 13—14, 19—21, 23—27 befinden sich noch am Leben.

Von diesen haben wieder concipiert 9 Fälle: Fall 2, 4 7, 9, 11, 14, 23.

Unter diesen fanden sich keine, deren spätere Geburten in der Klinik statt gehabt hätten oder poliklinisch beobachtet worden wären, sondern sämtliche spätere Entbindungen fanden ausserhalb der Klinik und ohne Beobachtung von seiten derselben statt, und zwar waren dieselben von normalem Verlauf bei:

Fall 2. 2 spätere, normale Entbindungen: Kinder (Mädchen und Knabe) gesund.

Fall 4. 2 spätere, normale Entbindungen: Kinder 1) Knabe, nach der Geburt an Mundkrämpfen gelitten, sonst gesund; 2) Knabe, gesund. Nach der letzten Entbindung Schwindelanfälle.

Fall 5. 2 spätere, normale Entbindungen: Kinder gesund; befindet sich augenblicklich im 8. Monat einer normal verlaufenen Schwangerschaft.

Fall 7. 2 spätere, normale Entbindungen: Kinder gesund.

Fall 11. 2 spätere, normale Entbindungen: Kinder 1) Tote Zwillinge (Mädchen), 2) gesunder Knabe.

Fall 23. 1 spätere, normale Entbindung: Kind (Knabe) gesund.

Dagegen verliefen die späteren Entbindungen in nicht normaler Weise und waren durch drohende Wiederkehr der Eklampsie compliciert bei:

Fall 6. Bei allen folgenden Schwangerschaften Ödeme, besonders stark vor der Geburt. Spätere Entbindungen nach Verlassen der Klinik: 1. Entbindung: Urin für Eklampsie charakteristisch (Angabe des Hausarztes), keine Krämpfe; Kind (Mädchen) gesund. 2. Entbindung: Keine Krämpfe, Kind (Mädchen) litt viel an Krämpfen und starb nach $^3/_4$ Jahren daran. Darauf Abort. Darauf Abort. Arzt behauptet: Drohende Eklampsie! 3. Entbindung: Sehr starke Ödeme, Urin grün; Kind (Mädchen) gesund. Darauf Abort.

Fall 9. Spätere Entbindungen: 1) Zange, Bissstellen auf der Zunge. 2) Abort. 3) Ödeme. — Nach jeder späteren Entbindung stärker hervortretende Gedächtnisschwäche. Bei sämtlichen Entbindungen Krampfanfälle und Chloroformnarkose!

Fall 14. 2 spätere Entbindungen: 1) Während der Entbindung zeitweilige Bewusstlosigkeit und starrer Blick! 2) Normal. Kinder 2 Mädchen) augenblicklich Rachitis, sonst gesund.

Es haben nicht wieder concipiert 12 Fälle: No. 1, 3, 8, 10, 13, 19—21, 24—27.

Betrachten wir nun im Folgenden zunächst die Erscheinungen von Seiten der Nieren bei unseren Fällen, so ist E. im Urin bei der Eklampsie selbst in sämtlichen 28 Fällen zu konstatieren gewesen.

Von den 24 Überlebenden wurden mit E. im Urin entlassen: 8 Fälle (No. 1, 3—4, 6, 8—9, 14, 27).

Von den 21 Überlebenden, welche wieder untersucht, resp. befragt sind, fand sich kein E. im Urin bei 18 Fällen (No. 1—5, 7—11, 13, 20—27), dagegen in 3 Fällen (No. 6, 14, 19) E. im Urin (vielleicht Verunreinigungen durch Scheidensecret [?]).

Was ferner die Affektionen des Nervensystems betrifft, so blieben diese bei den 21 hierfür einschlägigen Fällen von Eklampsie als Folgeerscheinungen derselben in 18 Fällen (86 %!) zurück; und zwar fand sich:

Gedächtnissschwäche in 11 Fällen,
Schwindel „ 7 „
Kopfschmerzen „ 14 „

Chlorose, auf welche vielleicht einzelne der eben angeführten Erscheinungen bezogen werden könnten, ist jedoch nur in 4 Fällen zu konstatieren gewesen.

Zum Schluss ist noch hinzuzufügen, dass gerade, was die durch Eklampsie hervorgerufene Schädigung des Gedächtnisses anbetrifft, hieraus in vielen Fällen eine dauernde Schwächung dieser Funktion zu resultieren scheint.

III. Morphium-Behandlung.

Es ist gerade über diesen Punkt viel gestritten worden: die Einen bekennen sich als mehr oder weniger enragierte Anhänger dieser Therapie, andere verhalten sich in diesem

Punkte sehr reserviert, und schliesslich findet sich gerade in der neusten Litteratur eine nicht geringe Anzahl von Stimmen, welche das Morphium überhaupt aus der Eklampsie-Behandlung streichen möchten.

Um nun in diesem Punkte Klarheit gewinnen zu können, ist in der hiesigen Klinik folgender Weg eingeschlagen worden:

Man hielt bei einer Anzahl von Fällen — und zwar hauptsächlich bei den letzten Fällen — anfangs mit dem Morphium zurück, ohne dabei natürlich den übrigen Teil der Therapie in irgend einer Weise zu vernachlässigen, und beobachtete den Verlauf, den die Eklampsie unter solchen Umständen nahm; nach einer gewissen Zeit wurde dann mit der Morphium-Behandlung eingesetzt — und zwar in Form der von G. Veit in die Therapie der Eklampsie eingeführten Darreichung grosser Morphium-Dosen — und nun beobachtet, welche Veränderungen im Verlaufe der Eklampsie dadurch hervorgerufen wurden.

Man ist hierbei zu folgenden Resultaten gelangt:

1. Das Morphium vermindert vielleicht die (Heftigkeit und) Dauer der eklamptischen Anfälle.

2. Das Morphium verlängert die Intervalle zwischen den einzelnen Anfällen.

Was zunächst den ersten Punkt betrifft, so mögen hier folgende Beispiele hierfür angeführt werden:

No. 10. 1. eklampt. Anfall; Dauer 1½ Min., darauf 0,03 Morph.

2. eklampt. Anfall; Dauer nur 1 Min.

3. „ „ „ 3 „ darauf 0,02 Morph.

4. „ „ „ nur 2. Min.

No. 20. 1. eklampt. Anfall; Dauer 1—1½ Min.

2. eklampt. Anfall; Dauer 1½ Min., darauf 0,03 Morph.

3. „ „ „ nur 1 Min.

No. 21. 1. eklampt. Anfall; Dauer 2 Min.; darauf 0,03 Morph.

2. eklampt. Anfall; Dauer nur ½ Min.

No. 25. 4. eklampt. Anfall; Dauer 120 Sec.
5. „ „ „ 90 „
6. „ „ „ 100 „ darauf 0,03 Morph.
7. „ „ nur 90 „
No. 26. 1. eklampt. Anfall; Dauer 2 Min.
2. „ „ „ 1¾ „
3. „ „ „ 1¾ „ darauf 0,03 Morph.
4. „ „ „ nur 1 „

Allerdings sind diese Befunde zum grössten Teil wenig in die Augen springend, und ausserdem stehen denselben auch negative Resultate gegenüber; ferner muss man berücksichtigen, dass auch andere Momente — vor allem die Beendigung der Geburt — auf obige Resultate nicht ohne Einfluss gewesen sein werden, sodass aus denselben im Allgemeinen ein bestimmter Schluss noch nicht gezogen werden kann.

Bestimmtere Anhaltspunkte sind in Bezug auf den zweiten Punkt gewonnen worden; wir führen folgende Beispiele an:

No. 2. 1.—3. Anfall: Intervall je 15 Min.; nach dem 3. Anfall Morph.: Intervall zwischen 3. und 4. Anfall 1 St.! 5.—7. Anfall: Intervall 10—15 Min.; nach dem 7. Anfall Morph. Intervall zwischen 7. und 8. Anfall: 2½ St.!

No. 11. 1.—2. Anfall: Intervall 15 Min.; nach dem 2. Anfall 0,01 Morph: Intervall zwischen 2. und 3. Anfall ¾ St.! Nach dem 3. Anfall 0,025 Morph. Intervall zwischen 3. und 4. Anfall 11 St!

No. 13. 1.—4. Anfall: Intervall durchschn. 2 St., nach dem 4. Anfall Morph. Intervall zwischen 4. und 5. Anfall 4St.!

No. 19. 1.—7. Anfall: Intervall ½ St.; nach dem 7. Anfall 0,02 Morph. Intervall zwischen 7. und 8. Anfall 2 St.! 8.—14. Anfall: Intervall ½—1 St., nach dem 14. Anfall 0,01 Morph. Intervall 1½ St.!

No. 24. 1.—19. Anfall: Intervall mit einer Ausnahme unter 1 St., zuletzt 5—15 Min.; nach dem 19. Anfall 0,03 Morph. Intervall zwischen 19. und 20. Anfall 1½ St!

No. 25. 1.—6. Anfall; Intervall durchschn. nur 5 Min., nach dem 6. Anfall 0,03 Morph. Intervall zwischen 6. und 7. Anfall fast 2 St.!

No. 27. 1.—5. Anfall: Intervall durchschn. 20 Min., nach dem 5. Anfall 0,03 Morph. Intervall zwischen 5. und 6. Anfall fast 4 St.! 6.—8. Anfall: Intervall durchschn. $1^1/_2$ St., nach dem 8. Anfall 0,02 Morph. Intervall zwischen 8. und 9. Anfall 3 Tage (Morph.?)!

Wenn auch hierbei der übrige Teil der Therapie nicht ohne Einfluss gewesen sein wird, so sind doch die eben erwähnten Thatsachen so evident, dass wohl nicht daran gezweifelt werden kann, dass das Morphium im Stande ist, die Intervalle zwischen den einzelnen eklamptischen Anfällen in zum Teil ganz bedeutender Weise zu verlängern.

Wir kommen hiernach zu der wichtigen Schlussfolgerung, dass, wenn es auch falsch ist, das Morphium etwa als ein Heilmittel gegen die Eklampsie selbst ansehen zu wollen, und wenn es ferner auch immerhin noch zweifelhaft ist, ob das Morphium die Intensität und Dauer der einzelnen eklamptischen Anfälle herabzusetzen vermag, — es doch feststeht, dass das Morphium im Stande ist, die Intervalle zwischen den einzelnen Anfällen zu verlängern. Und da in vielen Fällen die Eklampsie mit der Geburt aufhört, und es in den übrigen Fällen Sache der sonstigen therapeutischen Massnahmen ist, die Eklampsie in möglichst kurzer Zeit zum Verschwinden zu bringen, so kann auch die Eklampsie in fast allen Fällen nur eine bestimmte Zeitdauer haben. Unter dieser letzten Voraussetzung wird aber das Morphium, wenn es die Intervalle zwischen den einzelnen Anfällen verlängert, auch indirect die Zahl derselben herabsetzen müssen. Und dass es hierauf besonders ankommt, haben wir schon oben gesehen (s. Schluss des I. Abschnitts); wir erwähnten dort, dass mit der Zahl der Anfälle die Gefahr des Zustandekommens einer tötlichen Aspirations-Pneumonie wächst. Überhaupt spielen die anatomischen Schädigungen, welche durch die Convulsionen an sich hervorgerufen werden — so auch die Hirnblutungen, die Blutungen mit vorzeitiger Lösung der Placenta etc. — so vorwiegend die Rolle der eigent-

lichen Todesursachen bei den Eklamptischen, dass auf ein Mittel, welches Zahl und Heftigkeit der Anfälle erheblich herabzusetzen vermag, ohne selbst — bei vernünftigem Gebrauche — schädlich zu wirken, in der Therapie nicht verfichtet werden sollte.

* * *

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrath Prof. Dr. Werth, wie Herrn Dr. Friedrich für die gütige Unterstützung der Arbeit, sowie ersterem Herrn für die freundliche Überlassung des Krankenmaterials meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Ernst Ebinger, wurde am 10. März 1875 geboren zu Demmin i. Pomm. als Sohn des damaligen Prorectors am dortigen Gymnasium. Nachdem mein Vater nach Luckau i. Laus. als Direktor des dortigen Gymnasiums versetzt war besuchte ich dieses von Ostern 1881 ab und verliess es Ostern 1894 mit dem Zeugniss der Reife. Nachdem ich darauf meiner Militärpflicht genügt hatte, studierte ich von Michaelis 1895 ab Medizin an den Universitäten zu Berlin und Kiel. Das Tentamen physicum bestand ich in Berlin, die medicinische Staatsprüfung in Kiel am 26. Mai 1900, das Rigorosum am 31. Mai 1900.